Deutscher Bundestag
13. Wahlperiode

Drucksache 13/2680

17. 10. 95

Antrag

der Fraktion der SPD

Weiterentwicklung der Gesundheitsstrukturreform

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

1. Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 sind die Rahmenbedingungen für grundlegende strukturelle Veränderungen in unserem Gesundheitswesen geschaffen worden. Ziel war und ist dabei, Selbststeuerungsfähigkeit, Wirtschaftlichkeit und Qualität des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu verbessern. Deshalb wurden insbesondere
   - neue Formen der Preisbildung und Honorarverteilung eingeführt,
   - eine Positivliste für Arzneimittel beschlossen,
   - die starren Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung gelockert,
   - ein kassenartenübergreifender Risikostrukturausgleich eingeführt und
   - den Versicherten ab 1996 die freie Wahl der Krankenkasse ermöglicht.
2. Bundesregierung und Koalitionsparteien lösen sich einseitig von geschlossenen Vereinbarungen und gemeinsam verabschiedeten Gesetzen, wie die gesetzgeberischen Aktivitäten zur Streichung der Positivliste oder die Durchlöcherung des Vertragsärztebudgets beweisen.
3. Der Deutsche Bundestag steht zum Gesundheitsstrukturgesetz und zum Lahnsteinerkonsens zwischen CDU/CSU, F.D.P. und SPD.
4. Der mangelnde Wille von Bundesregierung und Koalitionsfraktionen zur Umsetzung des Gesundheitsstrukturgesetzes hat eine Lage heraufbeschworen, die eine erneute Kostenwelle zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung spätestens für 1996 erwarten läßt. CDU, CSU und F.D.P. tragen für die daraus folgenden Beitragssatzerhöhungen für Arbeitnehmer und Arbeitgeber und die damit verbundene erneute Steigerung der Lohnnebenkosten die volle politische Verantwortung.

5. Es besteht sofortiger gesetzgeberischer Handlungsbedarf, wenn im nächsten Jahr eine nicht mehr kontrollierbare Ausgabenentwicklung bei den Krankenkassen verhindert werden soll. Das Gesundheitswesen muß weiter reformiert werden.

II. Der Deutsche Bundestag verpflichtet sich, keine Vorlagen zu verabschieden, die die folgenden Grundsätze verletzen:

1. Zur solidarischen Finanzierung der GKV gibt es keine Alternative. Jede Einschränkung dieses Prinzips ist gesundheitspolitisch und volkswirtschaftlich schädlich.

2. Es darf keine weiteren einseitigen finanziellen Belastungen der Versicherten geben, sei es durch Ausweitung der Selbstbeteiligung oder die Aufgabe der hälftigen Finanzierung des Krankenversicherungsbeitrags durch Versicherte und Arbeitgeber, wie z. B. durch eine gesetzliche Festschreibung des Arbeitgeberanteils. Dies bedeutet den Ausstieg der Arbeitgeberseite aus der paritätischen Beitragsfinanzierung.

3. Das Sachleistungsprinzip bleibt unverzichtbare Grundlage der GKV.

4. Die Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung darf nicht von den finanziellen Möglichkeiten des einzelnen abhängen.

5. Vorschläge, die den Leistungskatalog in Grund- und Wahlleistungen aufteilen oder ganze Leistungskomplexe der privaten Finanzierung überantworten, werden abgelehnt. Die Konzepte führen in die Zwei-Klassen-Medizin. Die Krankenkassen müssen auch weiterhin einen umfassenden Leistungskatalog anbieten, der eine qualitativ hochstehende medizinische Versorgung sicherstellt.

6. Unternehmenspolitische Strategien der Krankenkassen zur Risikoselektion müssen verhindert werden. Der Wettbewerb in der GKV hat der Verbesserung der Versorgung zu dienen. Er ist über Versichertennähe, Vertragsgestaltung und Wirtschaftlichkeit zu führen.

III. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf, das Gesundheitsstrukturgesetz lückenlos umzusetzen und anzuwenden sowie konkret Vorschläge zur Weiterentwicklung der Gesundheitsstrukturreform vorzulegen.

Der Deutsche Bundestag trifft hierzu folgende Feststellungen und hält dabei die Verwirklichung nachfolgender Grundsätze und Maßnahmen für geboten:

1. Das Gesundheitswesen ist als Wirtschaftszweig ein Bereich mit einer besonderen Ausgabendynamik, die ohne politisch-administrative Begrenzung kaum steuerbar ist. Die Anbieter können den Umfang der Nachfrage nach ihren Leistungen wesentlich beeinflussen und sinkende Vergütungen kompensieren, wenn dem keine Grenzen gesetzt werden.

Es wäre deshalb unverantwortlich, die gesetzliche Ausgabenbegrenzung für die wesentlichen Leistungsbereiche der GKV Ende diesen Jahres ohne jede Anschlußregelung alternativlos auslaufen zu lassen.

Die Verlängerung der sektoralen Budgetierung ist jedoch auf Dauer keine Lösung. Dadurch sind zwar kurzfristig Kostendämpfungserfolge erzielbar, gleichzeitig werden aber Fehlsteuerungen und Unwirtschaftlichkeiten im System unterstützt. Das Instrument wirkt sich innovationshemmend aus, da bestehende Strukturen zementiert werden, anstatt sie durchlässiger und flexibel zu gestalten.

Auf unbegründete Ausgabensteigerungen mit dem Einfrieren der Beitragssätze zu reagieren, wäre absurd. Dieses Instrument widerspricht dem gegliederten System der GKV, es entmündigt die Selbstverwaltung und provoziert Einschnitte in den Leistungskatalog der Krankenkassen.

Statt dessen ist dauerhaft eine globale Begrenzung der Krankenkassenausgaben erforderlich, die gleichzeitig

- Beitragssatzstabilität und
- flexible, innovationsfördernde Versorgungsstrukturen ermöglichen.

Diesen Erfordernissen entsprechend wird

- übergangsweise die sektorale Budgetierung des Gesundheitsstrukturgesetes zur Verhinderung unverantwortlicher Ausgabenschübe im nächsten Jahr befristet verlängert und
- eine dauerhafte globale Budgetierung der Krankenkassenausgaben eingeführt.

Um dies zu erreichen, gibt der Gesetzgeber den Krankenkassen einen Rahmen für ihr Ausgabenvolumen vor. Innerhalb dieses Globalbudgets und der sonstigen gesetzlichen Vorgaben haben die Krankenkassen freie Hand bei der Vertragsgestaltung mit den Ärzten, Krankenhäusern und sonstigen Leistungserbringern. Sie erhalten erweiterte Handlungsspielräume, die z. B. auch kombinierte Budgets verschiedener Leistungsbereiche ermöglichen. Dies fördert einen sinnvollen Wettbewerb der Krankenkassen und erleichtert die Vernetzung der noch immer zu stark voneinander abgeschnittenen Leistungsbereiche.

Der vorgesehene Budgetrahmen richtet sich nach der allgemeinen wirtschaftlichen Entwicklung. Die jährlichen Ausgabensteigerungen einer Krankenkasse dürfen pro Mitglied die Veränderungsraten des Bruttoinlandsprodukts nicht überschreiten. Es handelt sich dabei um eine Obergrenze, die zur Durchsetzung der Beitragssatzstabilität unterschritten werden sollte.

Der Wettbewerb gibt den Krankenkassen einen hohen Anreiz, die Ausgabenobergrenzen nicht auszulasten. Eine Überschreitung des Budgetrahmens ist nur unter gesetzlich

streng eingegrenzten Kriterien zulässig. Hierbei kann es sich nur um Sachverhalte handeln, auf die die Krankenkassen keinen Einfluß haben, wie insbesondere unvorhersehbare Veränderungen in der medizinischen Entwicklung.

Hält eine Krankenkasse ihren Budgetrahmen nicht ein, muß sie dieses Defizit aus den Haushalten der kommenden Jahre decken. Wiederholt sich diese Budgetüberschreitung, setzt die Aufsichtsbehörde einen abgestuften, im Gesetz definierten Maßnahmenkatalog in Gang. Mögliche Sanktionen sind

- obligatorische Wirtschaftlichkeitsprüfung inklusive der Haftung des Vorstandes,
- Streichung von Satzungsleistungen und Erprobungsregelungen,
- Kürzungen der Verwaltungsausgaben und
- im Extremfall die Schließung der Krankenkasse.

2. Die Ziele des Gesundheitsstrukturgesetzes im ambulant-ärztlichen Bereich waren:

- Stärkung der Hausärzte und der sprechenden Medizin,
- Beendigung der medizinisch nicht indizierten Mengenausweitung,
- Begrenzung des Arztzahlanstiegs und
- Förderung kooperativer Versorgungsformen.

Die Bilanz nach mehr als zwei Jahren ist ernüchternd und belegt, daß diese Ziele weitgehend verfehlt worden sind. Es ist auch nicht zu erwarten, daß sie noch erreicht werden könnten.

Insbesondere wurde eine Änderung des lang anhaltenden Trends zur spezialärztlichen Versorgung nicht erreicht, selbst der überproportionale Facharztzuwachs konnte nicht gebremst werden. Die vorgesehene Neustrukturierung des ärztlichen Vergütungssystem, die sog. Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM), ist unzureichend, da sie perspektivisch für große Teile des Leistungsvolumens die Einzelleistungsvergütung beibehalten will. Von der in Lahnstein vereinbarten weitestmöglichen Einführung von Leistungskomplexen oder diagnoseabhängigen Fallpauschalen ist nicht mehr die Rede.

Die Strukturelemente des Gesundheitsstrukturgesetzes werden damit objektiv entweder nicht umgesetzt und/oder in ihrer Absicht unterlaufen.

Die Erfüllung der bereits im Gesundheitsstrukturgesetz beinhalteten Ziele wird durch die Verwirklichung folgender Maßnahmen sichergestellt:

2.1 Stringente Vorgaben zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung

a) Gesetzlicher Auftrag an die Selbstverwaltung, ein abgeschlossenes EBM-Kapitel für Hausärzte zu schaffen mit

- umfassend definiertem, nur von diesen abrechenbarem Leistungskatalog,
- ausreichender Höhe der hausärztlichen Grundvergütung,
- weit überwiegend durch Pauschalen gestalteter Vergütung (Anteil bis zu 80 %),
- Einzelleistungsvergütung nur für spezielle Bereiche (zuwendungsorientierte Leistungen, präventive Maßnahmen).

Dieser Auftrag an die Selbstverwaltung wird konkret terminiert; bei Fristüberschreitung erfolgt Ersatzvornahme durch den Verordnungsgeber.

b) Im Facharztbereich erfolgt – um die Stärkung der hausärztlichen Versorgung finanziell sicherzustellen – eine Absenkung der Einzelleistungsvergütungen.

c) Gesetzlicher Auftrag an die Selbstverwaltung, auf Basis eines so gestalteten EBM eine Trennung der Gesamtvergütung von Haus- und Fachärzten zu vollziehen.

d) Die Trennung von haus- und fachärztlicher Vergütung ist notwendigerweise verbunden mit

- eigenständigen Vergütungsverhandlungen einer Sektion Hausärzte innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigung (siehe 2.2 Buchstabe b) mit den Krankenkassen und
- einer Entkopplung der Honorarverteilungsmaßstäbe für Haus- und Fachärzte.

e) Absenkung der Facharztvergütung bei Erstinanspruchnahme ohne Überweisung durch den Hausarzt. Für bestimmte Facharztgruppen sind Ausnahmen zugelassen (Gynäkologen, Augenärzte, HNO-Ärzte, Orthopäden).

f) Die Weiterbildung von Allgemeinmedizinern in Hausarztpraxen bedarf einer gesetzlich geregelten Förderung über eine Finanzierung durch die Krankenkassen.

2.2 Kooperative Praxisformen werden wie folgt gefördert:

a) Zulassung von Regelungen für neue Praxisformen, z. B. vernetzte Praxen, erweiterte Gemeinschaftspraxen und Gesundheitszentren sowie von den Versicherten wählbare Hausarztmodelle.

Dabei muß sichergestellt werden, daß solche Modelle zwischen Ärztegruppen und Krankenkassen auch oh-

ne Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigungen vertraglich vereinbart werden können (kein Vetorecht der KV). Hier wird ein sinnvolles Wettbewerbsfeld eröffnet, daß innovative Versorgungsformen fördert.

b) Umstellung der Bedarfsplanung von Arztsitzen auf Versorgungssitze und Einführung von Differenzierungen zugunsten kooperativer Versorgungsformen. Dies ist erforderlich, um auch die Besetzung eines Versorgungssitzes durch mehrere Ärzte zu ermöglichen, eine wichtige Voraussetzung für flexible Organisationsformen zur integrierten Patientenversorgung.

2.3 Integrierte Versorgungsverträge werden wie folgt gefördert:

Ermöglichung kombinierter Budgets, in denen die Ausgaben für ärztliche Leistungen mit anderen Leistungsbereichen zusammengeführt werden. Vor allem im Bereich der Arznei-, Heil- und Hilfsmittel. Dabei darf es sich nicht um arztbezogene Budgets handeln. Vertragsärzte und Krankenkassen handeln ein Gesamtbudget aus und vereinbaren, was mit möglichen Budgetüberschüssen geschieht. Diese Überschüsse sollen vorzugsweise für (regionale) Projekte verwendet werden, die Wirtschaftlichkeit und gesundheitspolitische Innovationen fördern (z. B. Betreuungsdienste für chronisch Kranke, verstärkte Gesundheitsförderung und Qualitätssicherung).

3. Das Prinzip der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten/Zahnärzten einerseits und Krankenkassen andererseits hat sich bewährt. Die Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltungsorgane muß jedoch gestärkt werden. Im Bereich der Krankenversicherung ist dies mit der im Gesundheitsstrukturgesetz verankerten Organisationsreform gelungen. Ein entsprechender Reformschritt im Bereich der ärztlichen und zahnärztlichen Selbstverwaltung fehlt, ist jedoch überfällig.

Die Handlungsfähigkeit der ärztlichen Selbstverwaltung wird mit einer durchgreifenden Reform der Selbstverwaltung auf der Seite der Leistungserbringer in der ambulanten Versorgung gestärkt durch

3.1 Zusammenfassung der bisherigen Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen zu Kassenärztlichen Vereinigungen neuer Art.

3.2 Bildung von Sektionen innerhalb der neuen Kassenärztlichen Vereinigung mit eigenem Verhandlungsmandat für Haus-, Fach- und Zahnärzte sowie (nach Abschluß des Gesetzgebungsverfahrens) ärztliche und psychologische Psychotherapeuten. Übergreifende Aufgaben wie Zulassungs- und Disziplinarwesen, Abrechnung und Verwaltung bleiben gemeinsame Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigung.

3.3 Aufbau effektiver Selbstverwaltungsstrukturen nach dem Vorbild der Gesundheitsstrukturgesetz-Organisationsreform. An die Stelle der Vertreterversammlung tritt ein deutlich gestraffter Verwaltungsrat, der einen hauptamtlichen Vorstand wählt; das Verhältniswahlrecht wird eingeführt.

4. In der zahnmedizinischen Versorgung hat der Gesetzgeber in den letzten Jahren wichtige Akzente in der Förderung der Individual- und Gruppenprophylaxe gesetzt. Das Leistungsgeschehen orientiert sich aber nach wie vor zu stark an kurativen und nicht an präventiven Maßnahmen. Auch sind die prothetischen gegenüber den zahnerhaltenen Versorgungsformen weiterhin überbewertet. Grund hierfür sind Vergütungsrelationen im Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (Bema), der zu einem großen Teil noch aus dem Jahre 1962 stammt. Die zahnärztliche Standespolitik hat eine Überarbeitung des Bema bislang konsequent blockiert.

   Die Neugestaltung der zahnärztlichen Leistungsstrukturen erfordert die grundsätzliche Überarbeitung des zahnärztlichen Vergütungssystems (Bema), die der präventiven und zahnerhaltenden Zahnmedizin ausreichend Gewicht verleiht. Dazu erfolgt ein gesetzlicher Auftrag an die Selbstverwaltung, dessen Umsetzung konkret terminiert wird. Bei Fristüberschreitung erfolgt Ersatzvornahme durch den Verordnungsgeber.

5. Das Ziel einer optimalen Organisation der Gesundheitsversorgung, Gesundheitsleistungen dort zu erbringen, wo sie unter ökonomischen wie humanen Gesichtspunkten geboten sind, ist unverzichtbar. Es ist aber gegenwärtig nicht realisiert, die Trennung zwischen ambulantem und stationärem Versorgungskreis ist nach wie vor erheblich.

   Das Gesundheitsstrukturgesetz hat die Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung insbesondere durch die Einführung ambulanter Operationen sowie vor- und nachstationärer Behandlung im Krankenhaus aufgelockert. Die Umsetzung dieser Maßnahmen kommt indessen nur schleppend voran.

   Die Arbeitsteilung zwischen ambulanten und stationären Versorgungseinrichungen muß viel flexibler gestaltet werden. Die Entwicklung in der Medizin, insbesondere in der Chirurgie, macht die klassische Trennung der Zuordnung von Aufgaben an ambulante und stationäre Versorgungseinrichtungen zunehmend obsolet. Hinzu kommen Mehrkosten durch die Vorhaltung von Doppelstrukturen. Dabei bietet die personelle Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung über Belegärzte oder über Ermächtigungen von Krankenhausärzten zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung keine Perspektive.

   Die flexible Gestaltung der Arbeitsteilung von Vertragsärzten und Krankenhäusern wird verwirklicht durch:

5.1 Möglichkeiten für die Krankenhäuser, sich gemäß dem regionalen Bedarf an der spezialärztlichen Versorgung zu beteiligen. In einem solchen Fall nehmen sie am Sicherstellungsauftrag für die spezialärztliche Versorgung teil. Dies schließt ihre entsprechende Beteiligung am Zulassungswesen ein. Voraussetzung ist eine öffentlich-rechtliche Organisationsform der Krankenhäuser.

5.2 Verstärkte vertragsrechtliche Kooperationsmöglichkeiten für ambulante und stationäre Leistungserbringer. Medizintechnische Einrichtungen (Großgeräte, Labors) sollen gemeinsam von Krankenhäusern und ambulanten Praxen angeschafft und betrieben werden können.

5.3 Schaffung eines flexibleren Zeitrahmens für die Durchführung vor- und nachstationärer Behandlung im Krankenhaus. Von den gesetzlich genannten Behandlungszeiträumen muß bei besonderen Therapieformen abgewichen werden können.

5.4 Zulassung von Betreuungsdiensten, in denen medizinische und soziale Berufe zusammenarbeiten, sowohl für die Versorgung chronisch Kranker als auch im Nachsorgebereich (z. B. Onkologie).

6. Die stationäre Versorgung in Krankenhäusern bindet ein Drittel der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung. Ohne eine wirksame Steuerung dieses Ausgabenblocks ist Beitragssatzstabilität illusionär.

Die Ziele des Gesundheitsstrukturgesetzes im stationären Bereich waren:

- Aufhebung des Selbstkostendeckungsprinzips,
- Neuordnung des Entgeltsystems durch Einführung von Fallpauschalen und Sonderentgelten,
- Erweiterung der Möglichkeit von Rationalisierungsinvestitionen und
- Ablösung der dualen Krankenhausfinanzierung in einer mittel- und langfristigen Entwicklung durch ein monistisches System.

Diese Ziele wurden nur teilweise erreicht.

- Die Einführung eines Systems leistungsgerechter Entgelte ist nur halbherzig vorgenommen worden. Bis Ende 1997 gilt das Selbstkostendeckungsprinzip praktisch weiter, weil die neuen Entgeltformen Rechengrößen zur Ermittlung eines sog. Restbudgets sind.
- Die krankenhausbezogene Einführung des Fallpauschalensystems bereits ab 1995 ist an Verfahrensregelungen zur Festsetzung der Höhe des Punktwertes weitgehend gescheitert.
- Die Krankenkassen machen von den Rationalisierungsverträgen kaum Gebrauch.

– Die Absicht, zur Ablösung der dualen Finanzierung zu kommen, hat bislang keine Konsequenzen gehabt. Die Krankenhäuser werden sich aber mit einem dualen Finanzierungssystem im zunehmend wichtiger werdenden Wettbewerb mit Praxiskliniken, Einrichtungen der teilstationären Versorgung und chirurgischen Gruppenpraxen als Unternehmen nur schwer behaupten können. Die dafür erforderliche betriebswirtschaftliche Flexibilität wird durch die monistische Finanzierung sehr viel eher gewährleistet.

Die Erfüllung dieser Ziele wird durch eine angemessene Finanzierung und betriebswirtschaftliche Modernisierung der Krankenhäuser, die eine qualitativ hochstehende und dem Bedarf entsprechende stationäre Versorgung sicherstellt. Deshalb sind erforderlich:

6.1 Transparente Entgeltsysteme für Krankenhausleistungen

Dies bedeutet:

a) Beschleunigter Aufbau einer einheitlichen durchgängigen Preissystematik für definierte Leistungen auf Bundesebene.

b) Fallpauschalen treten an die Stelle von abteilungsbezogenen Pflegesätzen und Sonderentgelten.

c) Kriterien für Struktur und Umfang der Restbudgets sind auf Basis regionaler Krankenhausbetriebsvergleiche zu entwickeln.

d) Die Krankenkassen führen die Preis- und Budgetverhandlungen mit den Krankenhäusern einheitlich und gemeinsam; regionale Gesichtspunkte sind dabei vorrangig zu berücksichtigen.

6.2 Schrittweiser Übergang zur monistischen Finanzierung

Dies bedeutet:

a) In der Rahmenplanung

– In der Übergangsphase erstellen die Länder einen Rahmenplan, in dem der Bedarf an stationären Versorgungskapazitäten in den einzelnen Planungsregionen festgelegt wird. Das Einvernehmen mit den Krankenkassen, Krankenhausträgern und Gebietskörperschaften wird angestrebt. Wird kein Einvernehmen erzielt, liegt die Letztentscheidung beim Land.

– Nach Abschluß der Übergangsphase – etwa zehn Jahre – wird eine Regelung angestrebt, wonach die Länder im Einvernehmen mit den Krankenkassen einen Rahmenplan erstellen. Mit den Krankenhausträgern und Gebietskörperschaften wird das Einvernehmen angestrebt.

b) Umsetzung dieser Rahmenplanung in krankenhausbezogene Strukturen und Investitionen ist Sache der Ver-

tragsgestaltung zwischen den Krankenkassen und Krankenhausträgern. Als Übergangsregelung haben die zur Zeit in den Krankenhausbedarfsplänen befindlichen Krankenhäuser einen befristeten Bestandsschutz.

c) Sämtliche Investitionsanteile (Einzel- und Pauschalförderung, Instandsetzungsinvestitionen) werden schrittweise in die neuen Entgeltsysteme überführt.

d) Zur finanziellen Entlastung der Krankenkassen sind Übergangsregelungen erforderlich, die sich über etwa zehn Jahre erstrecken:

- Instandsetzungsinvestitionen werden entsprechend der Rechtslage von den Krankenkassen finanziert.

- Die Pauschalfördermittel werden stufenweise von den Krankenkassen übernommen.

- Die Investitionssumme für die Einzelförderung wird in den Ländern nach einem bevölkerungsbezogenen Schlüssel festgelegt und degressiv abgeschmolzen. Die Einzelförderung selbst erfolgt nach Bedarfskriterien im Rahmen der von den Krankenhausträgern und Krankenkassen ausgehandelten Investitionsplanung.

7. Im Gegensatz zum Bereich der ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung ist die Organisation und Durchführung der stationären Versorgung bisher nicht am Prinzip der Selbstverwaltung orientiert, sondern politisch administriert.

   Der Übergang zur monistischen Krankenhausfinanzierung und die damit verbundene Umsetzung der Rahmenplanung durch Krankenhausträger und Krankenkassen muß organisationspolitisch flankiert werden. Notwendig ist die Etablierung einer gemeinsamen Selbstverwaltung von Krankenhäusern und Krankenkassen. Dazu müssen im Krankenhausbereich zur Regelung aller das Verhältnis zu den Krankenkassen betreffenden Fragen verläßliche und tragfähige öffentlich-rechtliche Strukturen geschaffen werden.

   Erforderlich ist deshalb die Bildung von Krankenhausvereinigungen als Körperschaften des öffentlichen Rechts, die als handlungs- und vertragsfähige Selbstverwaltungsgremien der Krankenhäuser gemeinsam mit den Krankenkassen für die Sicherstellung der stationären Versorgung verantwortlich sind. Krankenhäuser, die mit den Krankenkassen Versorgungsverträge abschließen wollen, müssen Mitglieder dieser Körperschaften sein. Die Krankenhausvereinigungen neuen Rechts sind keine Zwangskörperschaften nach dem Muster der Ärztekammern.

8. Das Gesundheitsstrukturgesetz hat grundlegende Voraussetzungen für die Sicherung von Qualität und Wirtschaft-

lichkeit in der Arzneimittelversorgung geschaffen (Positivliste, Arzneimittelbudget bzw. Richtgrößen).

Das Ziel des Gesundheitsstrukturgesetzes, 80 % des Arzneimittelmarktes in der vertragsärztlichen Versorgung durch Festbeträge abzudecken, ist noch nicht realisiert. Der Beschluß des Bundessozialgerichtes, wonach die geltende Praxis der Festlegung von Festbeträgen einseitig durch die Selbstverwaltung verfassungswidrig ist, muß dabei beachtet werden.

Über die bestehenden Regelungen des SGB V hinausgehend, ist die Einführung von Preisverhandlungen für Arzneimittel vorzusehen. Die Erfüllung dieses Ziels sollte durch die Verwirklichung nachfolgender Maßnahmen sichergestellt werden:

a) Für den Bereich der nichtfestbetragsfähigen Arzneimittel werden Preisverhandlungen zwischen Arzneimittelherstellern und Krankenkassen gesetzlich vorgeschrieben.

b) Die Anpassung der Festbeträge erfolgt zukünftig im Wege der Verhandlungen zwischen Krankenkassen und pharmazeutischen Herstellern.

c) Krankenkassen und pharmazeutischen Herstellern wird die Möglichkeit eingeräumt, zukünftig Festbeträge durch gemeinsam ausgehandelte Vertragspreise zu ersetzen.

9. Die Krankenkassen nehmen die im Krankenversicherungsrecht (§ 20 SGB V) definierten Aufgaben in der Gesundheitsförderung nur sehr unvollständig war. In weiten Teilen beschränken sie sich auf Öffentlichkeitsarbeit ohne gesundheitspolitische Substanz. Es ist davon auszugehen, daß der Kassenwettbewerb diesen Trend zur Verflachung der Gesundheitsförderung noch verstärken wird. Die Krankenkassen werden sich in dem Maße aus der Gesundheitsförderung zurückziehen, wie es gelingt, das Vertragsgeschehen mit Ärzten und Krankenhäusern zum zentralen Wettbewerbsfeld zu machen.

   Gesundheitsförderung ist eine klassische Gemeinschaftsaufgabe von Krankenkassen und öffentlichem Gesundheitsdienst. Arbeitsfelder wie

   – betriebliche Gesundheitsförderung,

   – Suchtbekämpfung,

   – Gruppenprophylaxe in der zahnmedizinischen Versorgung von Kindern und

   – Bekämpfung von Infektionskrankheiten (u. a. AIDS)

   sind erfolgreich nur gemeinsam von den im Gesundheitswesen Verantwortung tragenden Institutionen zu bewältigen.

Erforderlich ist daher eine Revision der krankenversicherungsrechtlichen Vorschriften zur Gesundheitsförderung (§ 20 SGB V) mit zwingenden Vorgaben zur Kooperation von Krankenkassen und öffentlichem Gesundheitsdienst. Die dafür erforderlichen weiteren konzeptionellen Arbeiten sind unverzüglich einzuleiten.

10. Die mit dem Gesundheitsstrukturgesetz durchgeführten Veränderungen bei den Zuzahlungen der Versicherten bedürfen der Überprüfung und der Korrektur. Eine an der „Verzichtbarkeit" von Präparaten orientierte Zuzahlungsstaffel bei Arzneimitteln kommt nicht in Betracht.

    Folgende Maßnahmen sind erforderlich:

    a) Ersatzlose Streichung der Zuzahlung von 12 DM je Patient und Krankenhaustag (höchstens 14 Tage).

    b) Die mengenorientierte Arzneimittelzuzahlung wird beibehalten, jedoch bei chronisch Kranken belastungsgerechter ausgestaltet.

       Dazu soll eine optimal auf den chronisch Kranken eingegrenzte Zuzahlungsentlastung mit folgenden Kriterien eingeführt werden:

       – Auflistung der Präparategruppen zur Therapie chronisch Kranker,

       – Beschränkung der Verordnung dieser Präparate bei chronisch Kranken auf Großpackungen und

       – Befreiungsfähigkeit ab dritter Verordnung im Jahr.

11. Die Höhe der Krankenkassenbeiträge hängt nicht allein von den GKV Ausgaben ab, sondern ebenso von der Struktur der GKV-Mitglieder und der Entwicklung ihrer beitragspflichtigen Einkommen. Beitragssatzstabilität ist mit der Erschließung von Rationalisierungsreserven im Gesundheitswesen allein nicht zu gewährleisten, wenn sich die verteilungspolitischen Rahmenbedingungen für die Arbeitnehmer verschlechtern. In den Jahren 1980 bis 1984 war der Anteil der GKV-Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt mit 6,2 % ebenso hoch wie heute, bei einem gleichzeitig um über 1 Prozentpunkt niedrigeren Beitragssatz.

    Diese Diskrepanz erklärt sich aus einer von 75,5 % auf 70,5 % gesunkenen Lohnquote bei einer sogar noch relativ gestiegenen Zahl von Arbeitnehmern.

    Es müssen Perspektiven zur Sicherung einer solidarischen Finanzierung der GKV entwickelt werden, die per Saldo zu einer gerechteren Verteilung der Lasten führen.

    Notwendig ist die Erarbeitung von Handlungsperspektiven für

    a) die Einbeziehung der Beamten ins GKV-System,

    b) die Neubestimmung der Versicherungspflichtgrenze und eine Überprüfung der Beitragsbemessungsgrenze,

c) die Bekämpfung von Tendenzen bei einzelnen Krankenkassen, eine Strategie der Risikoselektion zu verfolgen und sich daraus anbahnender Entwicklungen der Benachteiligung ganzer Regionen,

d) die Abschaffung der Geringfügigkeitsgrenze auch in der Krankenversicherung,

e) die endgültige gesetzliche Konkretisierung der mit dem GSG allgemein normierten Krankenversicherungspflicht für Sozialhilfeempfänger, die ab 1997 vorgeschrieben ist,

f) die Revision der Absenkung der Beitragsbemessungsgrundlage für Arbeitslose auf 80 % des dem Arbeitslosengeld zugrundeliegenden Bruttoarbeitsentgeltes,

g) die Abschaffung der Erprobungsregelung zur Beitragsrückgewähr.

Bonn, den 17. Oktober 1995

Rudolf Scharping und Fraktion

Druck: Thenée Druck, 53113 Bonn, Telefon 91781-0
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 13 20, 53003 Bonn, Telefon (02 28) 3 82 08 40, Telefax (02 28) 3 82 08 44
ISSN 0722-8333